

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO
INTERNAMENTO
2009**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

1. Nome _____
2. Nº do processo clínico _____ 3. Nº de Utente _____
4. Nº do episódio _____ 5. Sexo ☐ M ☐ F
6. Data de Nascimento _____ 7. E.F.R. _____
8. Nº de Beneficiário _____
9. Distrito/Concelho/Freguesia _____

10 MÉDICO CODIFICADOR _____ Nº Ordem dos Médicos _____
11 MÉDICO RESPONSÁVEL _____ Nº Ordem dos Médicos _____
12 OPERADOR _____ Nº Mecanográfico _____
13 DATA _____

14 NATUREZA DA ADMISSÃO

14.1 TRANSFERIDO DE: _____
14.2 ☐ ADMISSÃO PROGRAMADA ☐ 14.2 ☐ ADMISSÃO NÃO PROGRAMADA ☐

15 EPISÓDIOS CIRURGICOS

15.1 Data da 1ª intervenção cirurgica: _____

16 TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS

16.1 1º SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.1.2 Data de Admissão _____ Hora _____ 16.1.3 Data de Alta _____ Hora _____	16.2 2º SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.2.1 Data de Admissão _____ 16.2.2 Data de Alta _____
16.3 3º SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.3.1 Data de Admissão _____ 16.3.2 Data de Alta _____	16.4 4º SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.4.1 Data de Admissão _____ 16.4.2 Data de Alta _____
16.5 5º SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.5.1 Data de Admissão _____ 16.5.2 Data de Alta _____	16.6 ÚLTIMO SERVIÇO _____ Cód: _____ 16.6.1 Data de Admissão _____ 16.6.2 Data de Alta _____ Hora _____

17 DESTINO APÓS A ALTA

17.1 PARA O DOMICÍLIO 17.1.1 Hospital de Dia <input type="checkbox"/> 17.1.2 Consulta Externa do Hospital <input type="checkbox"/> 17.1.3 Consulta Externa de Outro Hospital <input type="checkbox"/> 17.1.4 Centro de Saúde / Médico de Família <input type="checkbox"/> 17.1.5 Serviço Domiciliário <input type="checkbox"/> 17.1.6 Sem Outra Especificação <input type="checkbox"/> 17.2 SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO <input type="checkbox"/> 17.3 FALECIDO <input type="checkbox"/> 17.4 PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO 17.4.1 Hospital do S.N.S. <input type="checkbox"/> 17.4.2 Centro de Saúde <input type="checkbox"/> 17.4.3 Outro Hospital <input type="checkbox"/>	17.4.4 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 17.4.4.1 Unidade de convalescença <input type="checkbox"/> 17.4.4.2 Unidade de média duração e reabilitação <input type="checkbox"/> 17.4.4.3 Unidade de longa duração e manutenção <input type="checkbox"/> 17.4.4.4 Unidade de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> 17.4.4.5 Unidade de AVC <input type="checkbox"/> 17.5 TRANSFERIDO PARA: _____ 17.6 MOTIVO: 17.6.1 Para seguimento <input type="checkbox"/> 17.6.2 Por falta de recursos <input type="checkbox"/>
--	--

18 RECÉM NASCIDOS

18.1 Peso à nascença (gramas) _____

19 OUTRAS INFORMAÇÕES

19.1 Nº de dias em Cuidados Intensivos _____
19.2 Semanas de gestação _____
19.3 Nº de dias em ventilação mecânica invasiva _____
19.4 Antibioterapia: Terapêutica ☐ Profilática ☐

19 OUTRAS INFORMAÇÕES (Continuação)

19.5	Infecções nosocomiais	<input type="checkbox"/>
19.6	Bilateralidade	<input type="checkbox"/>
19.7	Simultaneidade	<input type="checkbox"/>
20 DIAGNÓSTICOS		
20.1	<input type="checkbox"/> P	
20.2		
20.3		
20.4		
20.5		
20.6		
20.7		
20.8		
20.9		
20.10		
20.11		
20.12		
20.13		
20.14		
20.15		
20.16		
20.17		
20.18		
20.19		
20.20		
21 PROCEDIMENTOS		
21.1		
21.2		
21.3		
21.4		
21.5		
21.6		
21.7		
21.8		
21.9		
21.10		
21.11		
21.12		
21.13		
21.14		
21.15		
21.16		
21.17		
21.18		
21.19		
21.20		
22 CAUSA EXTERNA		
—		
—		
—		
—		
—		
—		
23 MORFOLOGIA TUMORAL		
—		
—		
—		
—		
24 Resultado do episódio de internamento		